



File No: 1001079

Date: 24/10/2018

Date: 24/10/2018
Patient Name: Fatima Zahra Quahssam
Date Of Birth (تاريخ الميلاد): 27/4/90 Gender (الجنس): M / (F)
Nationality (الجنسية): Morocco Occupation (الوظيفة):
Address (العنوان): Dubai
E-MAIL: How did you know about us: Google

File Number: 1001079

اسم المريض:

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Phone No. (رقم الهاتف): 0526528001

How did you know about us: Google

التاريخ الطبي Medical History		
Medical Condition الحالة الطبية	Yes/No نعم / لا	If 'YES' give details إذا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثاً؟	Yes	IRON . V . Fe.
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	Yes	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes	
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي امراض؟	Yes	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، امراض القلب	Yes	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مبيعات الدم؟	Yes	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكميا (سرطان الدم)	Yes	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other امراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في القصبات، السل، امراض اخرى	Yes	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي امراض في الكلى أو امراض بولية أو تناسلية؟	Yes	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل انت حامل؟ هل تتعاطين اي ملتح للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes	
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي امراض كبدية اخرى	Yes	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي امراض معوية اخرى؟	Yes	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي امراض في الجهاز العصبي؟	Yes	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو امراض الغدة الدرقية؟	Yes	
Other conditions هل تعاني من أي امراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الهربس البسيط	Yes	



Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.

I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.

I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤهل،

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأفضل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أمورا مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم اي ضمانات او تأمين لتأجيل العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استعمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك ان بعض الاجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الي مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالمحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي قد بقي السلف صحيحة و اتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

توقيع المريض / ولي الأمر (لن هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

لؤشرات الحيوية Vital Signs		
Weight (الوزن): Kg	Height (الطول): cm	Blood Type (دم فصيلة):
Pulse (النبض): ppm	Blood Pressure (دم ضغط): /	Blood Sugar (دم سكر):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History (التاريخ المرضي):		
Allergies (الحساسية):		
Medications (الأدوية):		
Pregnancy (الحمل):		
Previous Surgeries, Hospitalization (عمليات سابقة , احوال المستشفى):		
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N	Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

خطة العلاج Treatment Plan

24 10 2018

J. VOLUMA W LIDO
LOT: VB20A80006
EXP: 2019.12
1x1.0ml

① put Volume in cheeks

No 15502

After reviewed

Dr. MOHAMAD FAYEZ BADAWI
D50047
Specialist Dermatology

Doctor's Signature and Stamp

REDAD DATA

cAEAI0EBAA830DQxO*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report

File	Valid Signature?
Non-Modifiable Data (SF3)	False
Modifiable Data (SF5)	False
Holder Signature Image (SF7)	False
Photography	False
Home Address	False
Work Address	False

Card Holder Information

Name	Fatima Zahra... Ouahssain	IDN:	784199225324310	Mother Name:	
Name (Ar)	فاطمة الزهراء... وحسين	Card Number:	081202592	Mother Name (Ar):	
Title:		Nationality:	MAR	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	المغرب		
Issue Date:	13/12/2016	Sex:	F	Sponsor Type:	06
Expiry Date:	06/12/2019	Date of Birth:	12/09/1992	Sponsor Name:	م ح الحمريه اليوسين ش م ح
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	00
Residency Type:	07	Residency Number:	30120167073298	Residency Expiry:	06/12/2019
ID Type:	IL	Occupation:	98	Occupation Field:	00



Photo

Signature Image

فاطمة الزهراء وحسين

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

10/24/2018



يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية بشكل دقيق

Are you pregnant or breast feeding? Yes / No	هل أنت حامل أو توفين بالإرضاع حاليا؟ نعم / لا
Do you have a history of allergy or anaphylaxis? Yes / No	هل لديك أي حساسية؟ نعم / لا
Are you currently receiving any Medical Treatment? Yes / No	هل تتلقى أي علاجات حاليا؟ نلم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل..... عندما يفقر الدم
Have you previously recieved any aesthetic treatment? Yes / No	هل قمت سابقا بأي إجراء تجميلي؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....
Have you ever done any treatment with botox or filler? Yes / No	هل قمت سابقا بأي علاج باستخدام البوتوكس أو الفيلر؟ نعم / لا
If yes, provide more details	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....
What Areas are treated and when?.....	ما هي المناطق التي تمت معالجتها ومتى؟.....
Did you suffer any side effects after treatment?.....	هل عانيت من أي أعراض جانبية بعد العلاج؟.....
Have you ever suffered from any auto immune disease? Yes / No	هل عانيت من أي امراض مناعية؟ نعم / لا
Do you have any skin infections or inflammations? Yes / No	هل تعاني من أي التهابات أو امراض جلدية؟ نعم / لا
Do you take any aspirin, steroids or anticoagulant? Yes / No	هل تتناول أي ستيرويدات أو اسبرين أو مميعات للدم؟ نعم / لا
Do you have any allergy, specially to Hyaluronic acid, Amide Local Anesthesia or Lidocaine? Yes / No	هل تعاني من أي حساسية خصوصا تجاه حمض الهالورونيك أو التخدير الموضعي أو الليدوكين؟ نعم / لا
Do you suffer of Hypertrophic Scarring? Yes / No	هل تعاني من تضخم الندب؟ نعم / لا
Do you suffer any cardiac disorders? Yes / No	هل تعاني من أي مشاكل أو امراض قلبية؟ نعم / لا
If Yes, provide more details.....	إذا كانت الإجابة نعم انكر بالتفصيل.....

I hereby consent that I have come to orchid medical center for Treatment with Botox / Filler.

أقر أنني قد حضرت إلى مركز أوركيد الطبي للحصول على العلاج باستخدام حقن البوتوكس و الفيلر.

I understand this is an elective procedure and I hereby voluntarily consent to treatment with dermal fillers for facial rejuvenation, lip enhancement, establish proper lip and smile lines, and replacing facial volume. or remove any unwanted wrinkles around eyes and forehead, The procedure has been fully explained to me. I also understand that any treatment performed is between me and the doctor/healthcare provider who is treating me and I will direct all post-operative questions or concerns to the treating clinician. I have read the above and understand it. My questions have been answered satisfactorily. I accept the risks and complications of the procedure and I understand that no guarantees are implied as to the outcome of the procedure. I also certify that if I have any changes in my medical history I will notify the doctor/healthcare professional who treated me immediately.

أقر أن هذا الإجراء هو إجراء اختياري و أنني قد وقعت هذا الإقرار بإراضي الكاملة لإجراء الحقن بالفيلر / البوتوكس لإعادة التضايرة الوجه و تحسين مظهر الشفاه و تغيير مظهرها أو إعادة تضاريس الوجه. أو إخفاء التجاعيد في منطقة الجبهة و حول العين.

أقر أن هذا الإجراء الطبي قد تم شرحه لي بالكامل و أنني سوف أوجه جميع الاسئلة و الاستفسارات إلى الطبيب المعالج قبل و بعد المعالجة.

أقر أنني قد قرأت مضمون هذا الأقرار و التقييم (أو تمت قرأته لي و أنا على علم بمحتواه) و أن جميع استلثي و استفساراتي قد أجيبته بالكامل و بشكل مرضي،

أقر أنني على علم بكامل الاخطار و المضاعفات التي قد تنتج عن هذا العلاج و اتفهم ان لا ضمانات قد قدمت لي نتاج هذا الإجراء الطبي.

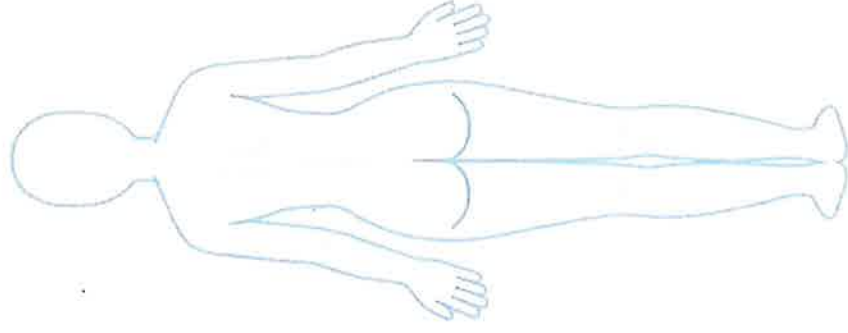
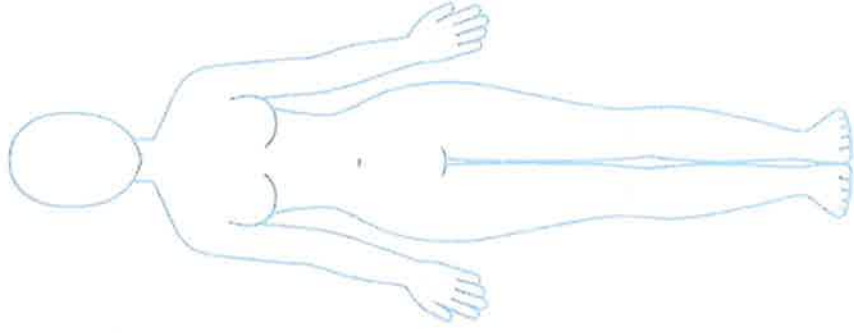
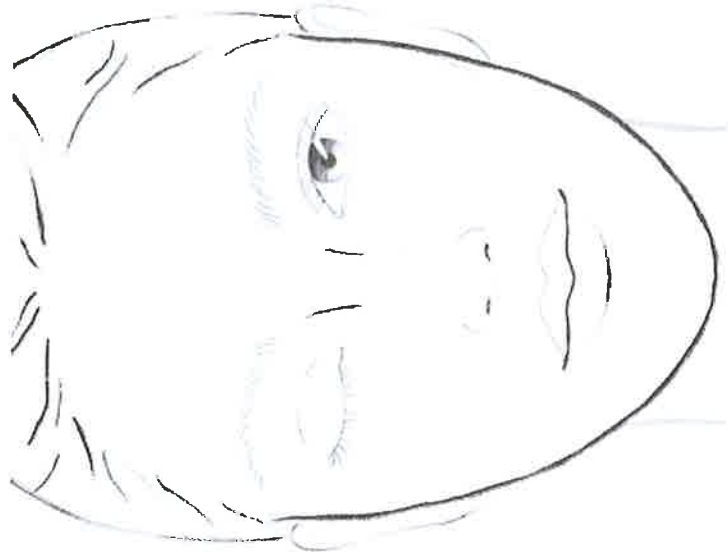
و أشهد أنني قد أعطيت المعلومات في هذا النموذج بشكل كامل و صحيح و أنني اتحمل مسؤولية التبليغ في حال أي طارئ أو تغيير في هذه المعلومات.

Patient Name and Signature

إسم المريض و التوقيع

Date: ... / ... /

التاريخ: ... / ... /



Filler Injection Log

Date	Filler Type	Area Treated	Right / MI	Left / MI
Session 1				
Session 2				
Session 3				
Session 4				
Session 5				

Botox Injection Log

Date	Area Treated	Right / Units	Left / Units
Session 1			
Session 2			
Session 3			
Session 4			
Session 5			

Doctor's Name and Signature

.....



مركز أوركيديد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

1,260.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001511)

Date:24-10-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001079 - FATIMA ZAHRA AUAHSSAIN - 971526528051


The sum of Dhs. One Thousand Two Hundred Sixty Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 1,260.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 24-10-2018

Being

Made by  Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae